●医療安全管理対策自主管理票●平成26年度版

Ver1.0

これは貴院の医療安全管理対策についての自己点検を目的としたチェックシートです。項目によっては、貴施設に適さない内容も含まれている可能性はありますが、各項目の内容を十分に検討していただき、適切な安全管理対策にお役立てください。

立入検査当日までに施設側で自己点検・自己記入をお願いします。
(適なら[○]、不適なら[×]、貴院に関係のない項目は斜線を記入してください。)

項目の中で、法令に定められている項目には番号の横に"☆"をつけております。

施設名:

点検者名　　職種　　点検日:　　年　　月　　日

		点　検　項　目	自主ﾁｪｯｸ
■医療の安全管理のための体制の確保			
・医療に係る安全管理のための指針について			
1	☆	次の事項を文書化した指針(いわゆる医療安全管理マニュアル)を作成している。	
	☆	①安全管理に関する基本的な考え方 ②医療に係る安全管理のための委員会その他の院内の組織に関する基本的事項 ③医療に係る安全管理のための従業者に対する研修に関する基本方針 ④院内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針 ⑤医療事故等発生時の対応に関する基本方針 ⑥医療従事者と患者との間の情報の共有に関する基本方針(患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針を含む。) ⑦患者からの相談への対応に関する基本方針 ⑧その他医療安全の推進のために必要な基本方針	
2	☆	当該指針を従業者に周知し、個々の従業者の安全に対する意識を高めている。	
・医療に係る安全管理のための委員会(安全管理委員会)について			
3	☆	次の基準を満たす安全管理委員会を設置している。	
	☆	①安全管理委員会の管理及び運営に関する規程が定められていること。 ②重要な検討内容について、患者の対応状況を含め管理者へ報告すること。 ③重大な問題が発生した場合は、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに従業者への周知を図ること。 ④安全管理委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行うこと。 ⑤月1回程度開催するとともに、重大な問題が発生した場合は適宜開催すること。 ⑥医師、看護師、薬剤師等各部門の安全管理のための責任者等で構成されている。	
4		安全管理委員会の会議録が作成・保存されている。	
・医療に係る安全管理のための職員研修について			
5	☆	院内全体に共通する安全管理に関する内容について、研修を年2 回程度定期的に開催している。	
6	☆	研修を介して、医療に係る安全管理のための基本的考え方および具体的方策について職員に周知徹底を行っている。	
7	☆	研修は、個々の職員の安全に対する意識、安全に業務を遂行するための技能やチームの一員としての意識の向上を図る内容となっている。	
8	☆	研修の実施内容(開催日時、出席者、研修項目等)については記録している。	
9		「医療安全推進週間」を職員の啓発の機会として活用している。	
◎今年度の院内研修の時期とテーマ　　(　　)			
・医療事故等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策について			

10	☆	医療事故及びインシデント(ヒヤリ・ハット)事例の報告制度が導入されており、報告ルートが明確化され、事例発生後速やかになされている。	
11	☆	報告すべき医療事故・インシデント(ヒヤリ・ハット)事例の内容や書式を定めている。	
12		医師、看護師、薬剤師、事務職など全職員に報告を義務づけている。	
13	☆	医療安全管理委員会では医療事故やインシデント(ヒヤリ・ハット)事例の分析・評価がおこなわれ、改善計画が立てられている。	
14		些細なことでも報告され、できるだけ多くの事例を収集している。	
		◎1年間(前年度)のインシデント(ヒヤリ・ハット)報告件数:　　件 ◎1年間(前年度)のアクシデント報告件数:　　件	
15		インシデント(ヒヤリ・ハット)事例などで当事者の懲罰を前提としない等、報告しやすい環境がつくられている。	
16		個人のプライバシーが守られるなど報告書の保管方法が考慮されている。	
17	☆	重大な事故が発生した場合、速やかに管理者に報告が伝わる体制が整っている。	
18	☆	事故の場合にあっての報告は、診療録や看護記録等に基づき作成することとしている。	
・医療事故発生時の対応について			
19	☆	医療事故が起こったときに適切な緊急処置をとる体制が準備されている。また報告と指示が円滑に行われる連絡体制が組まれている。	
20		自院で対処できない場合、転送先が確保されている。	
21		患者・家族への説明は可能な限り早期に、かつ適切にできる体制がとられている。	
22		医療事故(院内感染を含む。)が原因で患者が死亡するなど重大な事態が発生した場合、警察署や保健所、関係行政機関への報告を速やかに、また適切に行う体制がとられている。	
・リスクマネージャーの配置について			
23		リスクマネージャーを各部門ごとに選任・配置している。	
24		リスクマネージャーは専門的教育・訓練をうけている。あるいは事故防止対策の経験がある。	
25		リスクマネージャーはインシデント(ヒヤリ・ハット)・医療事故事例の報告を当事者から受け、また委員会へ報告している。	
・医療安全管理者について(特定機能病院・臨床研修病院)			
26	☆	次の基準を満たす「医療安全管理者」を配置している。	
	☆	①医師、歯科医師、薬剤師または看護師のうち、いずれかの資格を有している。 ②医療安全に関する必要な知識を有していること。 ③当該病院の医療安全に関する管理を行う部門に所属していること。 ④当該病院の医療に係る安全管理のための委員会の構成員に含まれていること。 ⑤医療安全対策の推進に関する業務に専ら従事していること(特定機能病院のみ)。	
27		安全管理者が行なうべき業務が確立され、明確になっている。	
28		安全管理者としての資質向上のための研修に参加している。	
・医療の安全管理部門について(特定機能病院・臨床研修病院)			
29	☆	安全管理者及びその他必要な職員で構成され、安全管理委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に当該病院内の安全管理を担う部門であって、次に掲げる業務を行う「安全管理部門」を設置している。	

	☆	①「安全管理委員会」で用いられる資料及び議事録の作成及び保存、その他安全管理委員会の庶務に関すること。 ②事故等に関する診療録や看護記録等への記載が正確かつ十分になされていることの確認を行うとともに、必要な指導を行なうこと。 ③患者や家族への説明など事故発生時の対応状況について確認を行うとともに、必要な指導を行なうこと。 ④事故等の原因究明が適切に実施されていることを確認するとともに、必要な指導を行うこと。 ⑤医療安全に係る連絡調整に関すること。 ⑥その他医療安全対策の推進に関すること。	
・患者からの相談に適切に応じる体制の確保（特定機能病院・臨床研修病院）			
30	☆	当該病院内に、次に掲げる基準を満たす「患者相談窓口」を設置している	
	☆	①患者相談窓口の活動の趣旨、設置場所、担当者及びその責任者、対応時間等について、患者等に明示されていること。 ②患者相談窓口の活動に関し、相談に対応する職員、相談後の取扱、相談情報の秘密保護、管理者への報告等に関する規約が整備されていること。 ③相談により、患者や家族等が不利益を受けないよう適切な配慮がなされていること。	
31	☆	苦情や相談は、当該医療機関の安全対策等の見直しに活用されるものであること。	
・その他			
32	☆	病院の管理者は、県及び保健所が設置する医療安全支援センターが行う助言に対し、適切な措置を講じるよう努めること。	
33		医療機関における内部評価だけではなく、財団法人日本医療機能評価機構などの外部評価を活用している。	
■医療機関における安全管理のためのポイント			
・安全対策のための人員の活用について			
34		リスクの高い部署、リスクの高い時間帯、職員の能力等を把握し、必要な人員配置を考えている。	
35		新人や部署異動直後の職員に対して、指導・監督に留意している。	
36		重度の疲労を招きかねない勤務シフトを避けるよう配慮している。	
37		長時間勤務においては、休息時間を確保している。	
・標準化の推進について			
38		各種医療行為について、可能なものは作業手順を統一化し、医療従事者に徹底を図っている。	
39		院内で使用される物品は採用、保管、配置等の統一化を図っている。	
40		諸記録様式については院内で統一されている。	
・療養環境の整備（転倒・転落対策）について			
41		患者の状態によって適切な転倒・転落防止の対策がとられている。	
42		病室、廊下、トイレなどは事故の起こりにくいバリアフリーの構造になっている。	
43		廊下に、患者の通行の妨げとなるような車椅子、ストレッチャー等を常置していない。	
44		移動のためのマニュアル（手順書）が整備されている。	
45		ベッドの高さは調節可能である。	
46		ベッド柵は効果的に活用されている。	
47		照明は十分明るく、障害物が見えやすくなっている。	
■医薬品に係る安全管理のための体制の確保			
・医薬品の安全使用のための責任者について			

48	☆	「医薬品安全管理責任者」を配置している。（管理者との兼務は不可）	
49	☆	医薬品に関する十分な知識を有する常勤職員であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を有している。	
50	☆	管理者の指示の下に、次の業務を行うこととしている。	
	☆	①医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成 ②従事者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施 ③医薬品の業務手順書に基づく業務の実施 ④医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策の実施	
51	☆	医薬品安全管理責任者は、上記④で得られた情報のうち必要なものは医薬品を取り扱う従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図っている。	
・従事者に対する医薬品の安全使用のための研修について			
52	☆	研修の内容については、次の事項を中心に必要に応じて行うこととしている。 （他の医療安全に係る研修と併せて実施しても可）	
	☆	①医薬品の有効性・安全性に関する情報、使用方法に関する事項 ②医薬品の安全使用のための業務に関する手順書に関する事項 ③医薬品による副作用等が発生した場合の対応（施設内での報告、行政機関への報告等）に関する事項	
・医薬品の安全使用のための業務に関する手順書について			
53	☆	医薬品業務手順書は、医薬品の取扱いに係る手順を文書化したもので、施設の規模や特徴に応じて、次の事項を含む内容となっている。	
	☆	①医薬品の採用・購入に関する事項 ②医薬品の管理に関する事項（医薬品の保管場所、管理方法など） ③患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項（患者情報の収集、処方せんの記載方法、調剤方法、処方せんや調剤薬の鑑査方法など） ④患者に対する与薬や服薬指導に関する事項 ⑤医薬品の安全使用に係る情報の取扱い（収集、提供等）に関する事項 ⑥他施設（病院、薬局等）との連携に関する事項	
54	☆	作成又は変更（必要に応じて行う見直し）は、安全管理委員会において協議した上で行うこと。	
・医薬品業務手順書に基づく業務について			
55	☆	医薬品安全管理責任者は、従業者の業務がこの手順書に基づき行われているか定期的に確認し、確認内容を記録している。	
・医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策について			
56	☆	医薬品安全管理者は、医薬品の添付文書の情報のほか、医薬品製造販売業者、行政機関、学術誌等からの情報を広く収集し、管理するとともに、得られた情報のうち必要なものは当該情報に係る医薬品を取り扱う従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図ること。また、情報収集等に当たっては、薬事法に留意すること。	
・薬剤の管理、配薬、投与について			
57	☆	処方せんを患者に交付する時は、以下の必要事項を記載している。 ①患者の氏名・年齢 ②薬名、分量、用法、用量 ③発行の年月日 ④使用期間 ⑤病院の名称及び所在地 ⑥医師の記名押印又は署名	

58	☆	麻薬を記載した処方せんを交付する時は、以下の必要事項を記載している。 （院内調剤の場合は、⑤～⑦は記載する必要はない。） ①患者の氏名、年齢（又は生年月日） ②麻薬の品名、分量、用法、用量、（投薬日数を含む。） ③麻薬施用者の氏名、免許番号、記名押印又は署名 ④発行の年月日 ⑤患者の住所 ⑥処方せんの使用期間（有効期間） ⑦麻薬診療施設の名称及び所在地	
59	☆	調剤済みの処方せんについて、調剤済みの旨、調剤年月日、医師の同意を得て変更した場合はその変更内容及び医師へ疑義照会した場合はその回答内容を記載し、調剤した薬剤師の記名押印又は署名を付している。	
60	☆	毒薬又は劇薬を他の薬剤と区別して保管している。	
61	☆	毒薬は黒地に白枠、白字をもってその品名及び「毒」の文字の記載、劇薬については、白地に赤枠、赤字をもってその品名及び「劇」の文字を記載している。	
62	☆	毒薬は鍵のかかる場所で保管している。	
63		毒薬の受け払い簿を作成している。	
64	☆	麻薬は、金庫など鍵をかけた堅固な場所で保管している。	
65	☆	向精神薬は、鍵をかけた施設内で保管している。（部屋に鍵をかけることも可）	
66	☆	劇物・毒物を保存する場所には、「医薬用外劇物」、「医薬用外毒物」の文字を表示し、他の物と区別して保管している。	
67	☆	劇物・毒物は鍵のかかる専用の保管庫に保管している。 不要になった劇物・毒物は適切に廃棄処分している。	
68	☆	劇物毒物管理簿を作成し、劇物毒物の使用量や残量を把握している。	
69	☆	特定生物由来製品を使用した時は、使用の対象者の氏名、住所、特定生物由来製品の名称及び製造番号又は製造記号、使用年月日その他必要事項を記録し、少なくとも20年間保存している。	
70	☆	薬品庫や調剤室は、適正な温度管理を行っている。	
71		引火の恐れのある薬品（アルコール類等）等は不燃物の保管庫に保管するか、火気使用箇所と離して保管されているなど、適正に保管されている。また、薬品棚の転倒防止策がとられている。	
72		冷蔵庫内で薬品と食品など薬品以外のものが混在していない。	
73		病棟・外来及び救急カート内の常備薬の数量、使用期限および破損の有無等の確認をしている。	
74		処方せん又は注射せんで患者と薬品を確認している。	
75		指示（処方せん・注射せん）は転記しないようにしている。	
76		指示変更が行われた場合でも、正しい情報が伝達されるよう取り決めが十分なされている。	
77		処方についての疑義照会についての問い合わせができるように連絡方法が定められている。	
78		診療録、処方せん、指示簿等はわかりやすい字で必要項目がすべて記載されている。また誤認されやすい略字やあいまいな表現が使われていない。	
79		薬剤アレルギー、処方内容の確認、配合禁忌薬剤のチェックなどが薬剤師等の処方医師以外の第三者によってもなされている。	
80		名称、外観、包装が類似して間違いやすい薬剤については、特に注意を喚起するような方法が取られている。	
81		入院時に患者の持ち込み薬を確認している。	
82		配薬や注射をする時は、フルネームで呼びかけるなどして本人であることを確認している。	
83		厳密な注入速度の設定が必要な点滴については、輸液ポンプ、シリンジポンプを使うなどして適切な注入速度の設定を行っている。	

■医療機器に係る安全管理のための体制の確保			
・医療機器の安全使用のための責任者について			
84	☆	「医療機器安全管理責任者」を配置している。（管理者との兼務は不可）	
85	☆	医療機器に関する十分な知識を有する常勤職員であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師又は臨床工学技士のいずれかの資格を有している。	
86	☆	管理者の指示の下に、次の業務を行うこととしている。（安全管理委員会と連携し、実施体制を確保すること。）	
	☆	①従事者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施 ②医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施 ③医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施	
・従事者に対する医療機器の安全使用のための研修について			
87	☆	新しい医療機器を導入する際には、使用予定者を対象に次の事項に関する研修を行い、その実施内容を記録している。（他の医療安全に係る研修と併せて実施しても可）	
	☆	①医療機器の有効性・安全性に関する事項 ②医療機器の使用方法に関する事項 ③医療機器の保守点検に関する事項 ④医療機器の不具合等が発生した場合の対応（施設内での報告、行政機関への報告等）に関する事項 ⑤医療機器の使用に関して特に法令上遵守すべき事項	
88	☆	特定機能病院においては、特に技術の習熟を必要とする医療機器に関して、上記事項の研修を定期的に行い、その実施内容を記録している。（他の医療安全に係る研修と併せて実施しても可）	
・医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検について（医療機器安全管理責任者）			
89	☆	機種別に保守点検の時期等を記載した、保守点検計画を策定している。（薬事法に規定する添付文書記載の保守点検に関する事項を参照すること。）	
90	☆	保守点検の実施状況、使用状況、修理状況、購入年等を把握し、記録している。	
91	☆	保守点検の実施状況等を評価し、医療安全の観点から、必要に応じて安全面に十分配慮した医療機器の採用に関する助言を行うとともに、保守点検計画の見直しを行うこと。	
92	☆	保守点検を外部に委託する場合、当該業務を適正に行う能力のある者に委託している。また、その実施状況等を記録し保存している。	
・医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策について			
93	☆	医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施については、次の要件を満たすこと。また情報収集等に当たっては、薬事法に留意すること。	
	☆	①医療機器安全管理責任者は、医療機器の添付文書、取扱説明書等の医療機器の安全使用・保守点検等に関する情報を整理し、その管理を行うこと。 ②医療機器安全管理責任者は、医療機器の不具合情報や安全性情報等の安全使用のために必要な情報を製造販売業者等から一元的に収集するとともに、得られた情報を当該医療機器に携わる者に対して適切に提供すること。 ③医療機器安全管理責任者は、管理している医療機器の不具合や健康被害等に関する内外の情報収集に努めるとともに、当該病院等の管理者への報告等を行うこと。	
■日常業務における医療事故防止対策			
・手術について			
94		手術などで患者の搬送に際して患者識別バンドの着用や患者の体にマジックで氏名を記載するなど患者を誤認しないための対策をとっている。	
95		手術室の申し送り時の患者確認・手術部位の確認は、主治医・麻酔医・看護師が共に行っている。	
96		手術前と創部縫合前に、針・器機・ガーゼのカウントを行っている。	

・褥瘡対策について			
97		ねたきりの患者等への褥瘡予防対策を講じている。	
98		褥瘡予防対策マニュアルを作成している。	
99		入院後発生した褥瘡（IAET分類のステージⅢ及びⅣ）については、管理者に報告している。	
・職員の健康診断について			
100	☆	1年以内ごとに、以下の項目について、健康診断が実施されている。 ・既往歴及び業務歴 ・自覚症状及び他覚症状 ・胸部エックス線検査及び喀痰検査 ・身長、体重、腹囲、視力及び聴力 ・血圧及び尿検査 ・貧血検査、肝機能検査（GOT、GPT、γ-GTP）、血中脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール）、血糖検査 ・心電図検査 （血液検査及び心電図検査は35歳及び40歳以上のみに実施）	
101	☆	常時深夜業に従事する者については、年2回健康診断を実施している。 （胸部レントゲンは年1回でも可）	
102		非常勤職員の医師、放射線技師等の健康診断については、自院で実施するか、あるいは他の勤務先で実施した結果の写しを取り寄せるなどして、非常勤職員の健康管理を実施している。	
103		給食従事職員は、毎月1回以上定期的な健康診断（検便）を行っている。	
104	☆	放射線関係職員について、法令に基づく健康診断を実施している。（6か月毎） ・被爆歴の有無、白血球・赤血球等の血液検査 ・白内障に関する目の検査、皮膚の検査	
105	☆	定期健康診断の結果、異常等が発見された職員に対し、必要な措置がとられている。	
・その他			
106		患者の容態変化を観察しやすい構造、また看護体制が組まれている。	
107		患者の副食や嗜好品を保存するために病棟談話室等に設置してある冷蔵庫については、安全衛生面での十分な注意をしている。	
108		新生児の識別方法が適切に講じられている。	
109		薬事法第77条の4の2第2項に規定する副作用等の報告を行う体制を整備している。	
■透析の安全対策			
・医療事故防止について			
110		回路の離断を防ぐため、穿刺針・血液回路・透析器を確実に接続し確認している。	
111		抜針事故を防ぐため、穿刺針及び血液回路を確実に固定し、その固定状態・穿刺針刺入状態を監視している。	
112		空気混入を防ぐため、終了時の返血操作にはエアーを一切使用しない生食返血（生食置換返血法）に統一している。	
113		穿刺針の抜針後、止血状態を確認している。	
・施設と医療機器について			
114		透析に使用する医療機器は患者毎に滅菌したものか、ディスポーザブル製品を使っている。	
115		スタッフが透析操作前後に手洗いが容易にできる十分な手洗い設備がある。	
116		ベット周囲に通路が広く確保されているので、患者の移動が容易であり、またスタッフは必要時、直ちに手洗い場に移動できる。	
117		透析装置以外は定期的に清拭し、透析装置内部への血液汚染が起こらないようメンテナンスが行われている。	

118		回路圧測定系にトランスデューサープロテクターを挿入している。	
・透析操作について			
119		透析操作マニュアルがある。	
120		透析開始・終了操作は清潔・不潔概念をよく理解した医師、臨床工学士、看護師、准看護師、薬剤師などの有資格者スタッフが行っている。	
121		透析開始、終了操作は患者側と器械側にそれぞれ1名ずつが共同して行っている。	
122		スタッフは侵襲的手技の前後に入念な手洗いを必ず行っている。	
123		穿刺及び抜針操作をするスタッフは、ディスポーザブルの手袋を装着している。	
124		肝炎ウィルス陽性の患者は透析室内の一定の位置に固定して透析している。	
125		血液に汚染された物品は、周囲を汚染しないように注意して、感染性廃棄物として廃棄するか、マニュアルにのっとり、洗浄滅菌されている。	
126		透析中に投与される抗凝固薬やエリスロポエチンなどの薬剤は、透析室から区画された場所で無菌的に準備されている。	
127		血液透析記録（患者ごと、1回ごとの透析経過、診療内容、担当者名の記録）を作成している。	
■輸血療法の安全対策			
・管理体制について			
128		「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」に基づき、病院管理者及び輸血療法に携わる各職種から構成される輸血療法委員会を設置している。	
129		輸血療法委員会では、以下の事項について検討し、その結果を記録している。 輸血療法の適応、血液製剤（血漿分画製剤を含む）の選択、輸血用血液の検査項目・検査術式の選択と精度管理、輸血実施時の手続き、血液の使用状況調査、症例検討を含む適正使用推進の方法、輸血療法に伴う事故・副作用・合併症の把握方法と対策、輸血関連情報の伝達方法や院内採血の基準や自己血輸血の実施方法等	
130		輸血業務全般について実務上の監督及び責任を持つ医師（責任医師）を任命している。	
131		輸血療法を日常的に行っている医療機関について： 輸血部門を設置し、責任医師の監督のもとに、輸血療法委員会の検討事項を実施し、血液製剤の請求・保管・検査・供給などの業務を含め、集中的に輸血に関する業務を行っている。	
132		輸血検査の経験が豊富な臨床検査技師（担当技師）が輸血検査業務の指導を行っている。	
133		「血液製剤の使用指針」や「血液製剤の平均的使用量」等を参考にして、院内で血液製剤の適正使用推進に取り組んでいる。	
・輸血用血液の保存について			
134		輸血用血液は、輸血部門などで一括して集中的に管理している。	
135		輸血用血液は最も適した条件で保存している： 赤血球成分、全血及び新鮮液状血漿は2～6℃ 新鮮凍結血漿は-20℃以下	
136		自記温度記録計と警報装置の付いた輸血用血液専用の保冷庫で保存するとともに、保冷庫の温度管理や保守点検を定期的に行っている。	
137		病棟では、輸血用血液の保管は行わず、できるだけ早く輸血用血液を使用するようにしている。	
・実施体制について			
138	☆	患者（又は家族）に、輸血療法の必要性やリスク等について十分説明し、理解を得ている。 理解を得たときは、同意書を作成し診療録に添付している。	
139		輸血用血液の受け渡し時、輸血準備時及び輸血実施時に、交差適合試験票、輸血用血液バック及び添付伝票とを照合しながら以下の事項を確認している： 患者名、血液型、血液製造番号、有効期限、交差適合試験の結果	
140		確認する場合は、2人で読み合わせをして確認している。	

141		輸血する医師や看護師は、輸血実施前に、輸血用血液の溶血や凝血塊の有無、バックの破損の有無などを肉眼で確認している。	
142		輸血の準備及び実施は、原則として、一回に一患者ごと実施している。	
143		輸血実施時には、患者本人であることを確認している。 同姓同名の患者がいるときは、名前だけでなくIDや年齢による確認も行っている。	
144		輸血終了後にも再度患者名、血液型及び血液製造番号を確認している。	
145		「血液製剤等に関する遡及調査ガイドライン」に基づき、輸血前後の患者血液(分離血漿又は交差適合試験等で使用した血清あるいは血漿(血球と分離))を2ml程度、−20℃以下で保管している。	
146	☆	輸血用血液及び血漿分画製剤を使用したときは、血液製剤管理簿を作成し、少なくとも20年間保存している。	
147	☆	血液製剤管理簿には、以下の事項を記載している: 血液製剤の名称・製造番号又は製造記号、使用した年月日、使用の対象者の氏名及び住所(氏名・住所の代わりにID番号でも良い)	
■医療ガスの管理			
148	☆	医療ガス安全管理委員会を設置し、医療ガス配管設備等の保守点検業務を委託する場合は、基準に適合する者と委託契約を取り交わし、契約書、業務案内書及び標準作業書等を保管している。	
■防火・防災体制			
149	☆	資格を有している防火管理者を選任している。	
150	☆	消防計画を作成し、必要事項を定めている。 (目的、予防管理組織、防火管理者の業務、火元責任者の業務、防火教育、訓練の実施、避難誘導・搬送に関する事項、自衛消防隊の設置等)	
151		各部署に火元責任者を定め、火元責任者一覧表を作成している。	
152	☆	消防用施設・設備の整備及びその点検を実施している。また、下記の帳簿等で確認できる。	
	☆	①消火設備保守点検簿:消火器、水バケツ、消火栓、スプリンクラー等 ②警報設備保守点検簿:自動火災報知器、ハンドマイク、放送設備等 ③避難設備保守点検簿:避難はしご、避難用滑り台、斜降式(垂直式)救助袋、誘導灯等	
153	☆	電気設備の保守点検を実施し、点検簿を作成している。	
154	☆	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気、ガスに関する構造設備について危害防止上必要な方法を講じている。	
	☆	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気、ガスに関する構造設備について危害防止上必要な方法を講じている。 ①電気を使用する診療用機械器具については、絶縁及びアースについて安全な措置が講じられている。 ②光線を治療に使用する機械器具については、眼球その他に障害を与えないように配慮されている。 ③熱を使用する機械器具については、加熱することのないよう断熱材等が適当に使用されている。 ④保育器、酸素テント、高圧酸素室等について定期点検及び使用前点検を行っている。 ⑤年1回以上漏電防止のための措置が講じている。	
155	☆	地元消防署と連携を密にし、年2回は消防計画に基づく避難訓練を実施している。また、うち1回については夜間を想定して実施している。	
156		新生児が入院している施設では火災等緊急時における新生児の避難体制があらかじめ定められている。	
157		火災等緊急時における重症患者、老人患者等の避難救出体制が定められている。	
158		避難経路上に避難の妨げになるような不必要な物品が置かれていない。特に、非常口の前に物品等を置いていない。	
159		自家発電機を保有している医療機関は、自家発電設備の保守・点検を実施し記録している。	
160		災害に備え、必要な物品を備蓄している。	

■業務委託			
診療業務に著しい影響を与える以下のものを委託する場合、規則に定める基準に適合する者に、適正に委託している。 ・委託先(氏名、所在地、医療関連サービスマーク認定業者又はその基準に適合する業者の確認) ・契約書の有無　・契約内容			
161	☆	検体検査業務	
162	☆	医療機器等の滅菌消毒業務	
163	☆	食事の提供業務	
164	☆	患者搬送業務	
165	☆	医療機器の保守点検業務	
166	☆	医療ガス供給設備の保守点検業務	
167	☆	洗濯業務	
168	☆	施設の清掃業務	
集　　計			**/168**

根拠法令及び通知

医療法
医師法
歯科医師法
薬剤師法
保健師助産師看護師法
診療放射線技師法
薬事法
麻薬及び向精神薬取締法
毒物及び劇物取締法
安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律
廃棄物の処理及び清掃に関する法律
消防法
電気事業法
労働安全衛生法
医療施設における医療事故防止対策の強化について
(健政発第1129号・医薬発第989号・平成12・9・29)
毒薬等の適正な保管管理等の徹底について(医薬発418号・平成13・4・23)
「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改正について
(薬食発第0726002号・平成19・7・26)
生物学的製剤基準の改正について(薬食発第0330019号・平成16・3・30)
「診療の用に供するガス設備の保安管理について」(健政発第410号・昭63・7・15)
医療施設における防火・防災対策要綱の制定について(健政発56号・昭和63・2・6)

等

参考資料

医療事故防止対策ガイドライン(医療事故防止に関する検討会:大阪府:平成12年9月)
リスクマネージメントマニュアル作成指針(リスクマネージメントスタンダードマニュアル作成委員会)
血液製剤保管管理マニュアル(血液製剤保管管理マニュアル作成小委員会報告・平成5・9・16))
透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するマニュアル(平成16年9月　改訂版第2刷)
ユニバーサルプレコーション実践マニュアル
(「医療の安全に関する研究会」安全教育分科会　編・南江堂　発行)